

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBRO-MYOMES DU COL

## A ÉVOLUTION VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 juillet 1931*

PAR

**Jean-Baptiste HALTY**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SANTIAGO (Chili), le 27 septembre 1906.

|                        |   |                                 |            |
|------------------------|---|---------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. GUYOT, professeur . . . . . | Président. |
|                        |   | DUVERGEY, professeur . . . . .  | Juges.     |
|                        |   | PAPIN, agrégé . . . . .         |            |
|                        |   | JEANNENEY, agrégé . . . . .     |            |

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT CHRISTOLY, 3

1931







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1930-1931. — N° 100

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBRO-MYOMES DU COL

## A ÉVOLUTION VAGINALE

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 juillet 1931*

PAR

**Jean-Baptiste HALTY**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SANTIAGO (Chili), le 27 septembre 1906.

---

|                        |   |                             |                   |
|------------------------|---|-----------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. GUYOT, professeur ..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | DUVERGEY, professeur .....  | { <i>Juges.</i>   |
|                        |   | PAPIN, agrégé .....         |                   |
|                        |   | JEANNENEY, agrégé .....     |                   |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

---

1931

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,  
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

## PROFESSEURS

|                                                     | MM.          |                                                    | MM.        |
|-----------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|------------|
| Clinique médicale.....                              | MAURIAC.     | Zoologie et parasitologie.....                     | MANDOUL    |
| id.....                                             | CASSAET.     | Médecine expérimentale.....                        | DUPÉRIÉ.   |
| Clinique chirurgicale.....                          | CHAVANNAZ.   | Clinique ophtalmologique.....                      | TEULIÈRES. |
| id.....                                             | BÉGOUIN.     | Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....     | ROCHER.    |
| Pathologie et thérapeutiques générales.....         | CARLES.      | Clinique gynécologique.....                        | GUYOT.     |
| Clinique d'accouchements.....                       | ANDÉRODIAS.  | Clinique méd. des maladies des enfants.....        | CRUCHET.   |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique.....       | SABRAZÈS.    | Chimie biologique et médicale.....                 | DELAUNAY.  |
| Anatomie.....                                       | VILLEMEN.    | Physique médicale et pharmaceutique.....           | SIGALAS.   |
| Anatomie générale et histologie.....                | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....  | BONNIN.    |
| Physiologie.....                                    | PACHON       | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques..... | PETGES.    |
| Hygiène.....                                        | AUCHÉ.       | Clinique des maladies des voies urinaires.....     | DUVERGEY.  |
| Médecine légale et déontologie.....                 | LANDE.       | Clinique des malad. nerveuses et mentales.....     | ABADIE.    |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic..... | RÉCHOU.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....             | PORTMANN.  |
| Chimie.....                                         | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appliquée.....              | LABAT.     |
| Botanique et matière médicale.....                  | BEILLE.      | Hydrologie thérapeutique et climatologie.....      | SELLIER.   |
| Pharmacie.....                                      | DUPOUY.      |                                                    |            |

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|                                           | MM.              |                                                 | MM.        |
|-------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|------------|
| Anatomie.....                             | DUBECQ.          | Maladies mentales.....                          | PERRENS.   |
| id.....                                   | DUFOUR.          | Chirurgie générale.....                         | PAPIN.     |
| Histologie.....                           | LACOSTE.         | id.....                                         | JEANNENEY. |
| Physiologie.....                          | FABRE.           | id.....                                         | CHARRIER.  |
| Anatomie pathologique.....                | MURATET.         | id.....                                         | LOUBAT.    |
| Parasitologie et sciences naturelles..... | R. SIGALAS.      | Obstétrique.....                                | PERY.      |
| Médecine générale.....                    | CREYX.           | id.....                                         | RIVIÈRE.   |
| id.....                                   | AUBERTIN.        | Ophtalmologie.....                              | BEAUVIEUX. |
| id.....                                   | DAMADE.          | Dermatologie et syphiligraphie.....             | JOULIA.    |
| id.....                                   | PIÉCHAUD.        | Pharmacie.....                                  | GOLSE.     |
| id.....                                   | DELMAS-MARSALET. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie..... | VITTE.     |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                          | MM.       |                                             | MM.         |
|--------------------------|-----------|---------------------------------------------|-------------|
| Clinique dentaire.....   | CAVALIÉ.  | Puériculture.....                           | FAUGÈRE.    |
| Médecine opératoire..... | PAPIN.    | Démonstrations et préparations pharmac..... | N.          |
| Accouchements.....       | N.        | Pharmacie chimique.....                     | GOLSE.      |
| Ophtalmologie.....       | CABANNES. | Zoologie et parasitologie.....              | R. SIGALAS. |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.  
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

---

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et  
de ma reconnaissance.

---

A MES PARENTS

---

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR VERDELET;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAET;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYX.

---

A TOUS MES MAITRES  
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX  
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN,

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,  
Chirurgien des Hôpitaux,  
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique.*

En remerciement d'avoir bien voulu nous permettre de publier des observations de son service. Elles ont été pour nous d'un précieux appoint dans l'élaboration de notre travail.

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR,

*Ex-Chef de Clinique à la Faculté,  
Chirurgien des Hôpitaux.*

Nous vous remercions de l'aimable accueil que vous nous avez toujours réservé.

Vous avez été pour nous le guide bienveillant qui nous prodigua ses conseils dans l'élaboration de cette thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT,

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,  
Chirurgien des Hôpitaux,  
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,  
Officier de l'Instruction publique.*

Vous m'avez fait l'honneur, mon cher Maître, de nous inspirer le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence. Je vous assure de ma respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBRO-MYOMES DU COL

A ÉVOLUTION VAGINALE

---

## CHAPITRE PREMIER.

CONSIDERATIONS SUR LES FIBROMES DU COL EN GENERAL.

DIVISION DU SUJET

---

Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que le fibrome du col s'observe beaucoup plus rarement que celui du corps. La rareté de cette localisation est d'ailleurs heureuse, car les myomes du col de l'utérus « par suite de leur enclavement fréquent entre le pubis et le sacrum, dès qu'ils atteignent des dimensions quelque peu considérables, exercent des compressions pénibles et dangereuses sur la vessie, l'urètre et le rectum. » (Tédenat.)

Au point de vue de leur fréquence relative, on les met en opposition avec l'épithélioma. Celui-ci, d'après Webster, prédomine au col où il débute dans la proportion de 98 p. 100. Après la ménopause, on le rencontre moins rare-

ment dans le corps, où il est situé fréquemment au niveau d'un myome dégénéré.

Les statistiques des myomes cervicaux ne sont pas exactement concordants. Lee les estime à 8,1 p. 100. Schrøder donne le chiffre de 5,1 p. 100. Courty trouve sur un total de 131 cas 81 p. 100 de fibromes corporels pour 10 p. 100 du col. Mais les observations de Courty n'ayant pas été soumises à la sanction de l'examen opératoire, sa statistique n'a pas la précision de celles de Lee et de Schrøder. Tédénat, en ne tenant compte que des cas qu'il a opérés, trouve 390 myomes corporels et 12 cervicaux, proportion très voisine de celle de Lee. On peut donc admettre en définitive le chiffre de 6 p. 100.

Webster et quelques auteurs sont d'avis que les fibromes du col coexistent rarement avec les fibromes du corps. Sur les 12 cas que Tédénat a observés, dans 2 cas seulement il existait sur le corps des nodules fibromateux durs et peu développés.

Ils sont généralement solidaires, tandis que les fibromes du corps sont habituellement multiples.

Rien n'est plus variable que le *volume* des tumeurs fibromateuses du col. Leurs dimensions ordinaires varient de celles d'une orange à celles d'une tête d'enfant. Nous rapportons une observation de Séjournet : un volumineux fibrome du col remplissant tout le vagin. La pièce enlevée pesait 650 grammes. Ces tumeurs peuvent parfois atteindre des volumes considérables. C'est surtout dans les cas de tumeurs fibro-kystiques qu'on a constaté des poids énormes. Stockard (*Medic-Recod*, New-York) aurait enlevé chez une négresse une tumeur qui pesait 135 livres américaines. Hunter (New-York) a observé un fibrome pesant 104 livres tandis que le cadavre débarrassé de la tumeur ne pesait plus que 95 livres. La malade n'avait jamais eu d'hémorragie ni de symptôme de compression. Elle mourut d'épuisement à 53 ans.

La *forme* des fibro-myomes du col de l'utérus n'offre rien

de particulier. Ce sont généralement des tumeurs régulièrement arrondies et lisses.

On peut classer les fibromes du col d'après leur relation avec la paroi utérine. On distingue trois groupes, comme pour les fibromes du corps :

PREMIER GROUPE : *Les fibromes sous-muqueux*, qui sont immédiatement recouverts par la muqueuse utérine. Ce sont les plus rares. Certains peuvent se pédiculiser. On les appelle polypes fibreux. La tumeur dilate la cavité cervicale et dans un deuxième temps est expulsée à travers l'orifice interne du col par des contractions utérines. Leur extraction est simple par voie vaginale.

DEUXIÈME GROUPE : *Les fibromes sous-péritonéaux*. Ces fibromes siègent rarement sur le col. Leur siège habituel est le fond de l'utérus et leur évolution se fait vers l'abdomen. Ils peuvent être sessiles ou pédiculés.

TROISIÈME GROUPE : *Les fibromes interstitiels*, qui se développent dans l'épaisseur même de la paroi utérine. C'est la variété la plus fréquente.

Cette classification peut s'appliquer indifféremment aux fibromes du corps et aux fibromes du col. Mais la division du col en deux régions distinctes et bien délimitées impose aux fibromes cervicaux une autre classification. Suivant que ces tumeurs occupent la région située au-dessus ou au-dessous de la ligne d'insertion du vagin sur l'utérus, nous aurons deux grandes variétés de fibromes cervicaux.

1° *Les fibromes de la portion sus-vaginale du col;*

2° *Les fibromes de museau de tanche.*

1° Les premiers ont leur point d'origine dans la portion supravaginale du col. Ils ont pour la plupart une évolution pelvienne, et leur volume, quand il devient considérable, peut les entraîner dans la cavité abdominale. Par leurs connexions de voisinage ou leur enclavement habituel, ils entraînent des accidents précoces de compression et des difficultés opératoires parfois considérables.

Suivant la direction vers laquelle ils évoluent on peut les

diviser en fibromes antérieurs, postérieurs, latéraux ou intra-ligamentaires.

Les fibromes *antérieurs* en se développant soulèvent le péritoine vésico-utérin. Ce mouvement d'ascension de la tumeur est important à connaître au point de vue opératoire, car sa méconnaissance peut exposer le chirurgien à blesser la vessie, en pratiquant l'hystérectomie.

Les *fibromes postérieurs* s'infiltrent entre le rectum et l'utérus et remplissent le Douglas. La tumeur peut pousser des prolongements jusque dans le mésocôlon iliaque, refoulant l'anse oméga et contractant avec elle des adhérences. Enclavée dans le pelvis, elle détermine des compressions du côté de l'intestin des plexus et des vaisseaux.

Les *fibromes latéraux ou intra-ligamentaires* se développent dans le ligament large en déboulant les deux feuillets de ces ligaments. Refoulant l'utérus en haut et du côté opposé, ils soulèvent l'uretère et l'utérine et peuvent occasionner des complications opératoires redoutables.

2° *Les fibromes du museau de tanche.* Ils naissent dans la partie intravaginale du col : tantôt ils constituent un ou plusieurs nodules peu volumineux enchâssés dans une lèvre du col, tantôt ils forment de grosses tumeurs qui peuvent remplir tout le vagin et venir jusqu'à la vulve. Leur développement s'effectue vers la cavité vaginale. Ils méritent le nom de fibromes du col à évolution vaginale. Prenant leur essor en dehors du pelvis, ils ne contractent pas comme les premiers des rapports étroits avec les organes pelviens. Ils ne déterminent de ce fait des phénomènes de compression graves que d'une façon exceptionnelle. Par contre, leur évolution dans un milieu septique tel que le vagin les expose davantage aux complications suppuratives et gangréneuses qui constituent le danger le plus redoutable de ces fibromes.

Ces deux variétés de fibromes de col se distinguent donc nettement par leur origine et par leur développement. Elles diffèrent encore par les troubles dont s'accompagne leur évolution. La conduite opératoire ne sera pas non plus sem-

blable dans les deux cas. Pour toutes ces raisons, nous avons pensé que ces deux variétés de fibromes méritaient d'être individualisées. Nous limiterons volontairement notre travail et nous nous occuperons uniquement des fibromes du col à évolution vaginale.

Le plan que nous avons adopté est le suivant. Négligeant les considérations étiologiques et pathogéniques identiques à celles des fibromes du corps, nous commencerons notre travail par l'étude détaillée des symptômes provoqués par cette variété de fibromes. Nous examinerons ensuite les diverses affections avec lesquelles on peut les confondre. L'évolution de ces tumeurs et les complications qui peuvent survenir au cours de leur développement feront l'objet du chapitre suivant. Le dernier chapitre sera consacré au traitement. Nous poserons les indications opératoires et nous étudierons les différents procédés d'intervention que l'on peut employer.

A la fin de notre travail, nous rapportons 5 observations inédites et quelques autres déjà publiées, mais que nous avons jugées intéressantes pour l'étude de notre sujet.

---

## CHAPITRE II

### SIGNES ET DIAGNOSTIC

---

Les fibromes du col à évolution vaginale présentent une symptomatologie sensiblement analogue à celle des fibromes du corps. Cependant ces fibromes, évoluant vers le vagin, produisent moins de désordres et n'attirent souvent l'attention des malades que beaucoup plus tard, au moment où la tumeur aura pris un certain développement.

Au début, trois grands symptômes caractérisent les myomes du col : les hémorragies, la douleur, la leucorrhée. Dans un stade ultérieur, la tumeur, quand elle se sera accrue, pourra exercer des compressions sur les organes voisins.

Les *hémorragies* sont le symptôme prédominant dans la majorité des cas. Il peut faire quelquefois défaut, comme dans l'observation I que nous rapportons, où le fibrome a évolué sans avoir jamais provoqué de modifications du côté des règles. Les hémorragies constituent cependant le syndrome le plus constant et peuvent parfois être le premier et seul signe qui révèle l'existence d'un fibrome du col. Elles revêtent la forme ménorragique ou métrorragique suivant qu'elles surviennent au moment des règles ou dans leur intervalle. A certains moments, le sang peut se coaguler dans la cavité utérine. Il est alors expulsé sous forme de volumineux caillots dont la vue impressionne beaucoup les malades.

Ces hémorragies peuvent devenir graves par leur persistance ou leur répétition et constituer de véritables complications, que nous étudierons dans le chapitre suivant.

La cause de ces hémorragies a été très discutée. La ten-

dance actuelle paraît être d'accorder à l'ovaire le rôle capital dans la production des hémorragies. Cette opinion est soutenue par Pankoff, Kajé, Forgue et Massabiau. Elle est appuyée sur un fait clinique d'une haute signification : c'est la fréquence de l'arrêt des hémorragies après l'ovariotomie bilatérale sans hystérectomie.

Les *douleurs* constituent un symptôme très inconstant. Certains fibromes volumineux ne sont jamais douloureux, même quand ils provoquent des phénomènes de compression (Obs. de Séjournet). D'une façon générale, la douleur se réduit à une sensation de gêne et de pesanteur. Dans certains cas, la cavité utérine, particulièrement déformée, déviée, rend l'écoulement menstruel difficile. Les douleurs prennent alors la forme de coliques, de tranchées utérines expulsives au moment des règles. Habituellement, ces douleurs sont dues à des compressions nerveuses. Elles sont exagérées à l'époque des règles, car à ce moment, la tumeur, congestionnée, augmente de volume.

La *leucorrhée* est également un symptôme très inconstant, sous la dépendance des altérations inflammatoires concomitantes de la muqueuse utérine. Elle se produit dans l'intervalle des règles et est généralement peu abondante. Mais dans certains cas cet écoulement prend des proportions extraordinaires. Dans l'observation I, nous rapportons un cas typique : les pertes blanches étaient si abondantes et si fréquentes qu'à certains moments la malade était obligée d'y remédier par le port de serviettes hygiéniques. Trélat a donné à ces formes le nom de fibromes hydorrhéiques.

Les *phénomènes de compression* se manifestent dès que la tumeur a acquis un certain développement. Ils ne présentent pas cependant le même caractère de gravité que dans les tumeurs pelviennes.

Ils s'exercent le plus souvent du côté de la vessie et peuvent déterminer des troubles importants. Le signe le plus souvent observé est *la rétention d'urine*. Elle peut être le premier signe par lequel se révèle l'existence d'un fibrome,

quelquefois latent. L'observation de M. Lefebvre nous raconte l'histoire d'une femme qui avait été amenée au chirurgien pour de la rétention d'urine datant de quinze jours. Quelques pertes rosées dans l'intervalle des règles complétaient simplement le tableau clinique.

La rétention ne se manifeste pas toujours d'emblée. Elle est précédée habituellement par de la pollakiurie ou des mictions douloureuses. Nous avons noté cette fréquence de mictions chez la malade dont nous rapportons l'observation (Obs. I).

La rétention d'urine évolue le plus souvent de la façon suivante : période passagère de rétention, suivie de la reprise de la miction volontaire. Une rétention définitive nécessitant un sondage quotidien jusqu'à l'opération est absolument exceptionnelle.

La *compression du rectum* se traduit par de la constipation opiniâtre le plus souvent. D'après Barnes, la rétention des matières excrémentielles peut provoquer une véritable auto-intoxication intestinale.

La *compression des vaisseaux iliaques* peut déterminer de l'œdème et des varices des membres inférieurs par gêne de la circulation de retour. On peut également observer des phlébites, dont le gros danger, l'embolie, entre dans la proportion de 23 p. 100 dans la mortalité des fibromes en général.

Du côté des *plexus sacrés*, la compression peut déterminer des douleurs, irradiées dans les lombes, sur le trajet du sciatique (obs. I).

La *compression des uretères* et les troubles rénaux graves qu'elle entraîne n'ont pas été signalés dans les cas de fibromes du col à évolution vaginale.

Parmi les signes fournis par l'examen local, il convient de signaler l'*allongement de la cavité utérine*, qui existe aussi bien dans la fibromatose du col que dans celle du corps. On mesure cet allongement avec l'hystéromètre. Il peut aller jusqu'à 20 centimètres et se rencontre même quand on a affaire à de petits polypes pédiculés du col. Le cathétérisme

de l'utérus doit être fait très aseptiquement et avec les plus grandes précautions. On évitera ainsi de blesser la muqueuse et d'exposer la malade à une hémorragie ou à une infection. Si le volume de la tumeur rend impossible l'introduction de l'hystéromètre en métal, on aura recours à une bougie urétrale en gomme. On n'est pas exposé, dans ces conditions, à érailler la tumeur.

Quand le fibrome est volumineux et qu'il évolue déjà depuis longtemps, il peut apparaître à la vulve, sous la forme d'une tumeur à surface irrégulière, de coloration rosée par place, violacée ou grise par ailleurs par suite de la mortification des parties superficielles. Mais, le plus souvent, la constatation de la tumeur ne peut se faire que *par le toucher vaginal*, aidé de la palpation bimanuelle. Le toucher combiné permettra de sentir une masse plus ou moins grosse, plus ou moins régulière, de consistance dure le plus souvent, occupant un ou plusieurs culs-de-sac. La tumeur fait corps avec l'utérus, auquel elle est intimement adhérente. Il est nécessaire de bien individualiser l'utérus, car sa confusion avec la tumeur est souvent une cause d'erreur de diagnostic. Le doigt en quête du col s'efforcera de faire le tour de la masse; il cherchera à constater l'existence du bourrelet cervical et de l'orifice du col et à trouver le point d'implantation de la tumeur. On peut arriver ainsi à faire un diagnostic exact.

Le diagnostic présente souvent des difficultés. Le praticien, dans son examen, peut être gêné par le volume de la tumeur, qui remplit tout le vagin et empêche l'exploration du col. Il se contentera, dans ce cas, de porter le diagnostic de fibrome vaginal, sans pouvoir préciser s'il s'agit d'un polype fibreux issu de la cavité utérine ou bien d'un fibrome situé plus bas, sur le col et même sur le vagin (obs. Lefebvre). Il laissera au chirurgien le soin de trancher le diagnostic sur la table d'opération.

*L'examen aux valves* devra être pratiqué dans tous les cas. Il permet de constater deux signes auxquels M. Lefebvre accorde une grande importance :

- 1° L'inégalité de la surface, qui est légèrement ondulée;
- 2° Les irrégularités dans la coloration, rosée par places, violacée ailleurs, blanc jaunâtre par endroit.

L'erreur de diagnostic la plus fréquemment observée est celle qui consiste à confondre un fibrome avec une *inversion utérine*. Elle s'explique par le fait que le corps utérin est souvent difficile à isoler dans l'examen. La tumeur vaginale présente dans l'inversion des caractères assez particuliers. Elle a une consistance molle, une couleur uniforme, rougeâtre, et présente parfois une sensibilité spéciale. Mais ces signes sont inconstants et souvent trompeurs; ils ne peuvent suffire à éviter la confusion entre ces deux tumeurs. La recherche attentive des deux lèvres du col par le toucher, celle du siège de l'utérus par la palpation bimanuelle, éviteront cette erreur. Dans certains cas, le diagnostic ne pourra se faire que par le cathétérisme utérin. Dans l'inversion, l'hystéromètre est vite arrêté par la rigole que constitue la paroi utérine réfléchie. Lorsqu'il s'agit d'un fibrome, l'hystéromètre, après quelques tâtonnements, finit par pénétrer plus loin.

Une erreur de diagnostic qui a été également commise est celle qui fait le sujet de l'observation VI : Un fibrome cervical évoluant depuis plus de trente ans, n'ayant jamais causé de métrorragies, fut considéré et traité comme un *prolapsus* secondairement infecté et sphacélé. Le diagnostic, dans ce cas, était rendu très difficile par la difficulté de l'exploration du vagin, rempli par la masse, et par l'impossibilité de bien repérer le col utérin; un orifice postéro-supérieur, où une pince introduite s'enfonçait, pouvait faire penser à l'orifice externe. De plus, aucun renseignement ne put être fourni par le cathétérisme, qui ne donna rien. Le diagnostic exact ne put être fait que sur la table d'opération.

Un autre cause d'erreur peut exister quand on a affaire à un *fibrome en voie de sphacèle*. Dans ce cas, la tumeur se putréfie, le vagin est infecté par des sécrétions septiques. Au toucher, le doigt arrive sur une masse ulcérée, saignante, et on croit à un *cancer du col*. Cependant le fibrome est plus

dur, moins friable; le doigt peut en délimiter le pourtour quand il est accessible. Enfin, l'odeur du myome putréfié n'est pas celle du cancer, si spéciale et si caractéristique. Mais ces signes distinctifs n'ont rien d'absolu; aussi, au moindre doute, on n'hésitera pas à recourir à la biopsie.

Dans le cas de *petites tumeurs peu développées* et présentant des symptômes peu nets, on aura quelquefois à discuter le diagnostic avec les polypes muqueux du col, la métrite hémorragique et même avec l'avortement.

Les polypes muqueux sont de petites tumeurs d'origine métritique, de couleur rouge vif, de consistance molle. Elles sont souvent symptomatiques d'une lésion plus importante de l'appareil utéro-annexiel (Tixier, Michon, de Lyon).

La métrite et l'avortement se reconnaîtront à leurs signes propres.

Dans tous ces cas, on basera le diagnostic sur la persistance des hémorragies, l'augmentation du volume de l'utérus et l'agrandissement de la cavité.

---

### CHAPITRE III.

## EVOLUTION ET COMPLICATIONS DES FIBROMES DU COL A EVOLUTION VAGINALE

---

Le mode d'évolution de ces fibromes est variable.

Certains d'entre eux sont absolument latents. Ils ne révèlent leur existence par aucun symptôme marquant, et leur découverte est due à un hasard d'exploration (obs. III).

D'autres débutent brusquement par l'apparition d'une complication telle qu'une rétention d'urine ou une hémorragie grave (obs. X et XIV).

Cependant, la majorité de ces fibromes évolue lentement. Leur tableau symptomatique se réduit le plus souvent à des règles abondantes ou à des pertes sanguines intermenstruelles (obs. II, IV, V, VIII, IX, XVI). Indolores, ils ne se compliquent ordinairement d'aucun symptôme de gêne ou de compression et sont longtemps compatibles avec toutes les exigences d'une vie normale.

L'évolution de ces fibromes peut également se terminer de diverses façons :

La tumeur peut régresser et s'atrophier petit à petit; la guérison; dans ce cas, peut parfois survenir spontanément. Cette terminaison exceptionnelle a été observée pendant la puerpéralité.

La tumeur peut quelquefois s'éliminer par le vagin. Le fait est rare. Il a été signalé chez quelques fibromes sessiles sous-muqueux du col après une énucléation spontanée.

Le fibrome termine généralement son évolution d'une façon moins favorable. Au cours de son développement, il peut survenir des complications parfois graves qui assombrissent le pronostic.

La plus redoutable de ces complications est certainement l'hémorragie. Elle peut se produire dès le début de l'évolution de la tumeur et avant qu'elle ait atteint un volume exagéré.

Dans certains cas, l'hémorragie peut revêtir du premier coup un caractère de gravité tel que la malade est exposée à mourir rapidement d'anémie suraiguë. Tédénat rapporte le cas d'une femme qui mourut en deux heures d'hémorragie (obs. XIV). Le plus habituellement, les métrorragies tiennent leur gravité de leur persistance et de leur répétition. Elles entraînent un état d'anémie profonde qui se traduit par la décoloration des muqueuses, par une teinte jaune pâle de la face (Myom-Blässe des Allemands). Les malades accusent des palpitations, des vertiges et un état de lassitude extrême.

L'examen du sang peut montrer une diminution très notable des globules rouges, dont le nombre peut descendre quelquefois à 140.000 par millimètre cube (Forgue et Massabiau).

*Les complications septiques (suppuration et gangrène)* sont également fréquentes dans les fibromes du col à évolution vaginale. Elles constituent avec les hémorragies le danger le plus redoutable de ces fibromes.

Ces tumeurs, nous l'avons déjà vu, ont en effet une évolution qui favorise l'infection. Leur développement s'effectue dans un milieu septique. D'autre part, les altérations de la muqueuse exposée au contact des agents extérieurs ouvrent facilement des portes d'entrée aux microbes qui pullulent dans le vagin. Les complications septiques sont favorisées par toutes les conditions qui amènent un trouble de la nutrition et de la vascularisation de ces tumeurs (dégénérescences diverses, allongement, torsion, compression des fibromes pédiculés).

La suppuration simple, sans gangène concomitante, est une complication rare de ces fibro-myomes. Elle se traduit par des douleurs, l'augmentation du volume de la tumeur et son ramollissement, les écoulements purulents et fétides et une réaction générale plus ou moins vive.

La gangrène ou nécrose des fibromes sous-muqueux provo-

que surtout des accidents locaux : écoulements vaginaux abondants et fétides. La tumeur sphacélée s'élimine par paquets sous la forme d'une filasse noirâtre et odorante.

La gangrène des fibromes interstitiels a été surtout observée dans les suites de couches. Nous en rapportons une observation à la fin de notre travail (obs. XI). Les symptômes toxico-infectieux dominaient le tableau symptomatique : frisson initial, température élevée, ballonnement du ventre, état général grave. Quelques signes locaux : lochies plus abondantes et fétides.

Il ne faut pas confondre cette gangrène infectieuse *avec une nécrose aseptique* que l'on peut observer chez certains fibromes intramuraux éloignés de la muqueuse et de l'infection. Cette *nécrobiose* a été particulièrement étudiée à Bordeaux par Bégouin et Chavannaz. Cette mort aseptique du fibrome est due à la transformation subie par le tissu fibromateux, dont la circulation est abolie et qui est à l'abri de l'infection. Elle est la conséquence d'une artérite oblitérante de l'artério-sclérose et de l'athérome, si fréquents dans les fibromes après la ménopause. Elle se traduit cliniquement par une douleur spontanée et provoquée du fibrome à la palpation, par son ramollissement, par des modifications de l'état général (teint jaune, température, 38°) et par l'absence de pertes fétides.

Les complications dues à des phénomènes de compression se rencontrent très rarement dans les fibromes à évolution vaginale. Ce fait, nous l'avons vu, les oppose très nettement aux fibromes pelviens, dont le danger provient de la fréquence et de la gravité de ces complications.

Chez les fibromes qui nous intéressent, ces phénomènes se réduisent le plus souvent à des compressions du côté de la vessie (pollakiurie, rétention). Nous les avons déjà étudiés dans le chapitre précédent.

Les complications cardiaques ne sont pas le triste apanage des gros fibromes à évolution abdominale. Les lésions du cœur peuvent également s'observer dans les petits fibromes hémorragiques. Elles paraissent le plus souvent liées à de l'altéra-

tion rénale. Elles sont constituées en particulier par de l'hypertrophie cardiaque avec ou sans dilatation des cavités. Le tableau clinique est constitué par quelques symptômes : palpitations, dyspnée d'effort, accélération habituelle du pouls, affaiblissement du premier bruit à la pointe.

Les fibro-myomes du col peuvent également subir les *dégénérescences* qui sont communes à toutes les fibromatoses. Il est classique de les diviser en *dégénérescences bénignes* et en *dégénérescences malignes*. Les premières peuvent être fibreuses, calcaires, œdémateuses, rouges et graisseuses.

La *dégénérescence fibreuse* est fréquente dans les myomes anciens à longue évolution. Elle a été décrite pour la première fois par Robin et Lebert sous le nom de fibroïdes. Assez souvent, au moment de la ménopause, ces fibromes subissent une induration progressive : ils diminuent de volume, ils régressent, et les phénomènes morbides peuvent disparaître. La guérison peut parfois survenir par atrophie de la tumeur. Au microscope, on voit que le tissu fibreux remplace le tissu musculaire lisse.

La *dégénérescence calcaire*, que les anciens auteurs qualifiaient d'ossification, est une complication assez rare. Il se produit généralement au centre de la tumeur un dépôt de phosphate et de carbonate de chaux qui donnent soit une trame incomplète, soit parfois de véritables pierres utérines.

On observe quelquefois le *ramollissement du fibrome*. Il serait dû, d'après Virchow, Pilliet, à une transformation myxomateuse du tissu fibro-myomateux. L'anatomie pathologique contredit formellement cette opinion. Dans les observations de ces auteurs, on ne rencontre pas la structure du myxome au niveau des points dégénérés.

Pick, Paviot et Bérard attribuent le ramollissement des fibromes à une transformation sarcomateuse. Cette théorie est en contradiction formelle avec la structure histologique de ces tumeurs et avec leur évolution clinique, qui restent celles de tumeurs bénignes.

La théorie qui a le plus de vogue actuellement est celle

de Cruveilhier et de Lebert. Elle considère l'œdème comme la cause habituelle du ramollissement des fibromes. L'examen chimique du liquide qui infiltre le tissu myomateux a montré son analogie avec le sérum sanguin. Cet argument confirme l'étude histologique; il a fait adopter cette théorie comme la théorie classique.

La *dégénérescence amyloïde* a été observée une fois par Stratz.

La *dégénérescence graisseuse* est également exceptionnelle. Elle a été constatée deux fois au microscope par Freund et par Martin.

Citons enfin la formation de *tumeurs fibro-kystiques*, les *myomes lymphangiectasiques* et certains *pseudo-kystes*.

Les dégénérescences malignes des fibromes peuvent être sarcomateuses ou épithéliales.

La *transformation sarcomateuse* des fibro-myomes est relativement rare. Elle se rencontre au voisinage de la ménopause. Les fibromes interstitiels sont le plus exposés à cette dégénérescence. Viennent ensuite les fibromes sous-muqueux, puis les sous-péritonéaux.

La *transformation d'un fibrome en un épithélioma* n'est pas possible, car ces deux tumeurs sont de lignées histologiques différentes. Il est cependant démontré que les fibromes utérins peuvent être envahis par des éléments épithéliaux. Le développement d'un épithélioma dans un myome peut se faire de diverses manières :

1° Le myome peut être envahi par un cancer du voisinage;

2° Le myome est le siège de noyaux métastatiques provenant de cancers éloignés; Bender et Lardennois ont rapporté un cas de métastase dans un fibro-myome d'un épithélioma du sein;

3° Le myome est le siège d'un épithélioma primitif. Dans ce cas, le cancer se développe aux dépens d'éléments épithéliaux (restes voelfiens ou mülleriens) inclus dans la tumeur; Piquaun a réuni 12 observations accompagnées d'une étude histologique suffisamment complète pour les rendre indiscutables.

Enfin, on peut faire entrer dans ce cadre certains fibromes à évolution rapide et maligne qu'on a appelés des *léiomyomes*. C'est un véritable cancer des fibres musculaires lisses. Cette forme est heureusement exceptionnelle. Forgue, dans une longue pratique, en a observé seulement deux cas.

Nous ne pouvons terminer le chapitre des complications de ces fibromes sans dire un mot de *leurs rapports avec la grossesse*. Notre intention n'est pas de faire ici une étude complète de cette question; nous nous bornerons à montrer seulement l'intérêt que présentent ces fibromes sur la bonne marche de la grossesse, de l'accouchement et surtout du travail.

Le fibrome subit des modifications pendant la grossesse : il s'hypertrophie et se ramollit. L'hypertrophie a lieu surtout dans les derniers mois de la grossesse, et peut apporter une gêne au passage du fœtus. En grossissant, les fibromes se ramollissent. Ce ramollissement permettra quelquefois à la tumeur de s'effacer, de s'aplatir, favorisant ainsi le passage normal du pôle fœtal.

Dans la grande majorité des cas, les fibromes n'ont pas une grande influence sur la grossesse. L'évolution du fœtus à terme se fait normalement. On a signalé cependant des hémorragies, des avortements, des accouchements prématurés, dans quelques cas de fibromes du col. Les troubles de compression deviennent plus graves dans les fibromes compliqués de grossesse.

*Pendant le travail*, ils peuvent être une cause importante de dystocie. Leur présence gêne l'accommodation du fœtus et favorise les présentations vicieuses. D'après les statistiques, les présentations de l'extrémité céphalique sont diminuées et celles du siège augmentées. La dilatation du col est très gênée, et on a le droit de craindre un travail très pénible et très long pouvant entraîner la rupture utérine. Ces tumeurs trop bas situées ne subissent pas le mouvement d'ascension qui favorise la marche de l'accouchement dans les fibromes du segment inférieur. Ici, la marche de l'accouchement dé-

pend du volume de la tumeur prævia. Petite, grosse comme un œuf de poule (Tarnier), elle peut n'apporter qu'une gêne insignifiante grâce à son ramollissement. Elle s'aplatit et se déplace sous l'influence des contractions. Si la tumeur dépasse ce volume, l'accouchement risque d'être dystocique.

*Pendant les suites de couches*, il n'est pas rare que l'on rencontre des hémorragies ou de la rétention placentaire. La malade est surtout exposée aux redoutables accidents d'infection. Le fibrome ramolli, comprimé pendant la grossesse et le travail, devient facilement la proie des micro-organismes qui pullulent dans le vagin et l'on voit survenir de la suppuration ou de la gangrène (obs. XI).

---

## CHAPITRE IV

### TRAITEMENT

---

#### I. — Traitement médical.

On a essayé d'agir directement sur la tumeur, soit en resserrant les vaisseaux, soit en obtenant la dégénérescence graisseuse. Dans ce but, diverses substances ont été tour à tour préconisées.

Hildebrandt a employé l'ergot de seigle en injections hypodermiques. Il injectait chaque jour XII gouttes d'une solution d'ergotine à 5 p. 100, ce qui fait 25 centigrammes d'ergotine par jour. Cette méthode exerce une certaine action sur les hémorragies, mais son effet sur le développement des fibromes n'a jamais été démontré.

Churchill et Mac-Clutock ont préconisé l'emploi de la teinture de *cannabis indica* à la dose de X gouttes donnée trois fois par jour, pour arrêter les hémorragies.

On a également employé l'antipyrine, l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis*, la sypticine.

Citons enfin la médication thyroïdienne, le bromure de potassium, l'arsenic, le phosphore.

Chacun de ces médicaments est resté un moment en vogue, mais aujourd'hui ils sont tous tombés en désuétude. Ce traitement peut, en effet, diminuer un peu les pertes sanguines, mais il reste sans action sur le volume et la croissance de la tumeur.

L'*électrolyse* a joui d'une vogue excessive en Angleterre et en Amérique pendant quelques années. Perfectionnée en

France par Apostolie, cette méthode, qui n'est pas exempte de danger, est tombée actuellement dans l'oubli.

Dans certains cas, *les cures salines à Biarritz, à Salies-de-Béarn, à Salin-Moutiers*, donnent une amélioration. Elles agissent surtout en relevant la nutrition générale.

De toutes ces médications symptomatiques, il en est une qui mérite surtout l'attention du praticien : les *injections vaginales chaudes, associées au repos prolongé*. Ces injections doivent être très abondantes et peuvent être renouvelées plusieurs fois par jour. Cette médication est efficace contre les fibromes douloureux.

La *radiothérapie* a une action très discutée et très inconstante sur les fibromes du col.

Quelles sont les *indications du traitement médical* ?

Les myomes de faible volume, indolores, stationnaires ou à lent accroissement, restent justiciables du traitement conservateur. Il doit être tenté également chez des malades encore jeunes se refusant à toute intervention et chez celles dont l'état général ou les lésions cardiaques et pulmonaires contre-indiquent l'opération. Dans tous ces cas, il reste surtout un traitement symptomatique provisoire, permettant de parer aux accidents immédiats et d'obtenir une amélioration de l'état général. L'opération chirurgicale, qui seule est radicale, pourra être ainsi pratiquée dans les conditions les plus favorables.

Le praticien, en effet, ne doit pas perdre de vue les dangers (hémorragie et surtout gangrène) auxquels il expose sa malade s'il laisse progresser le fibrome. Les statistiques, d'autre part, ont montré que la mortalité opératoire des fibromes demeure inférieure à celle des fibromes abandonnés à leur évolution naturelle. On doit donc toujours opérer un fibrome qui progresse, et c'est une faute lourde que de prolonger le traitement conservateur au delà des limites de sécurité.

Enfin, grâce aux perfectionnements des méthodes chirurgicales, le champ des contre-indications de l'intervention se

réduit chaque jour, et le traitement médical cède de plus en plus le pas au traitement chirurgical.

## II. — Traitement chirurgical.

Le seul traitement radical vraiment curateur des fibromyomes du col est le traitement chirurgical. Avant d'étudier les opérations que le chirurgien peut être appelé à pratiquer, nous dirons un mot sur deux traitements palliatifs qui ont eu leur période d'indication et de succès : les ligatures atrophiantes et la castration des ovaires.

1° Les « *ligatures atrophiantes* ». Cette opération, principalement pratiquée en France par Tuffier, consiste à la ligature des utérines, qui peut être faite soit par voie abdominale, soit par le vagin. C'est une intervention délicate qui n'a pas d'action sur le développement de la tumeur. Après une période d'accalmie, le fibrome reprend son développement. En effet, Hartmann et Fredet ont démontré que la circulation se rétablit dans l'utérus grâce à des anastomosés avec les artères de la fesse.

2° La « *castration des ovaires* » est basée sur ce fait clinique que la cessation de la vie sexuelle chez la femme amène une sédation dans les accidents causés par les corps fibreux. Elle a pour but de provoquer une ménopause artificielle qui hâterait l'apparition de cette période favorable. Cette méthode, connue sous le nom d'opération d'Hégar et Battey, peut faire disparaître les hémorragies et rétrocéder la tumeur, mais ses effets ne sont pas constants.

Ces méthodes, qui cherchaient à influencer les fibromes par voie indirecte, ont marqué une étape intéressante dans le traitement des fibromes. Elles sont en ce moment reléguées au dernier rang; on leur préfère aujourd'hui la myomectomie et l'hystérectomie.

Les procédés actuellement employés *s'attaquent à la tumeur elle-même*. Le traitement chirurgical de choix est variable suivant les cas. Avant d'adopter un procédé d'inter-

vention, le chirurgien, par un toucher vaginal soigneux, se rendra compte de la situation exacte de la tumeur, de son volume, de sa fixité dans le bassin, de la direction de son développement. Il examinera également l'état de la muqueuse vaginale, la profondeur et la liberté des culs-de-sac. Il s'assurera enfin de l'intégrité de l'utérus et des annexes. En possession de ces renseignements, il pourra choisir le procédé opératoire qui convient le mieux à la malade.

Deux opérations sont actuellement à l'honneur. La première emprunte la voie vaginale : c'est la myomectomie vaginale (énucléation simple ou avec morcellement). La seconde la voie abdominale : l'hystérectomie abdominale totale.

a) *Myomectomie vaginale* (Enucléation simple ou avec morcellement). — La myomectomie vaginale a pour but l'extirpation des corps fibreux sous-muqueux et interstitiels, avec conservation de l'utérus et des annexes. Amussat a été l'initiateur de cette méthode.

L'énucléation simple comporte trois temps :

Le premier temps consiste à ouvrir la capsule. Dans un deuxième temps, on décortique la tumeur avec les doigts introduits dans la capsule. Enfin, on accouche la tumeur. C'est le temps le plus laborieux quand le fibrome est volumineux. Les accidents et les complications de l'énucléation simple sont exceptionnels.

Dans le cas de gros fibromes, Emmet eut l'idée de réduire le volume de la tumeur par une fragmentation préalable. C'est la méthode de l'énucléation par morcellement.

L'énucléation par morcellement se divise en plusieurs temps :

- 1° Libération du col des insertions vaginales;
- 2° Section du col jusqu'au niveau de la tumeur;
- 3° Morcellement de la tumeur; extraction;
- 4° Excision ou sutures des lèvres du col.

Pozzi rappelle que le morcellement doit être conduit avec méthode, qu'il faut toujours garder le contact avec la tumeur.

Il faut donc que les prises soient solides et succèdent régulièrement aux prises précédentes. La tumeur doit être attachée par le milieu et il ne faut s'égarer ni à droite ni à gauche. C'est dans ces conditions que l'on obtiendra l'abaissement progressif de la tumeur et il arrivera un temps où elle se dégage et peut être énucléée.

Les principaux accidents à redouter quand on pratique le morcellement sont : l'hémorragie, la blessure des parois utérines, l'inversion de l'utérus, la septicémie. Une complication également à craindre est que l'opération peut être inachevable du fait de l'impossibilité d'aller jusqu'au bout du morcellement. Il faut, dans ce cas, procéder sur-le-champ à l'ablation de l'utérus.

La myomectomie vaginale est couramment employée pour l'énucléation de petites tumeurs facilement accessibles, bien délimitées et encapsulées, ne s'accompagnant d'aucune lésion utérine ou annexielle. Elle doit être réservée aux femmes encore jeunes et susceptibles d'avoir des enfants.

On ne devra recourir à l'hystérectomie que lorsqu'il sera impossible de faire autrement. Dans un certain nombre de cas, on sera conduit à la pratiquer après une tentative infructueuse d'énucléation. On s'y décidera le plus souvent d'emblée, si la présence d'un vagin étroit et scléreux rend l'énucléation par voie vaginale absolument impossible. L'hystérectomie sera indiquée s'il existe des corps fibreux multiples sur le col ou sur le corps, qui risquent d'échapper au chirurgien.

On l'emploiera encore si l'on soupçonne une lésion des annexes. Enfin, l'apparition de complications infectieuses, toujours à craindre chez ces fibromes, est une indication formelle de l'hystérectomie.

b) *Hystérectomie*. — La voie vaginale a été encore employée pour l'hystérectomie. On l'a conseillée dans les cas de fibrome sphacélé et infecté. Mais c'est une opération longue, souvent aveugle, présentant des risques d'hémorragies. Actuellement la méthode est en plein recul : on lui préfère l'hystérectomie abdominale totale.

L'hystérectomie abdominale totale pour fibromes du col comprend deux temps :

Le premier, le plus difficile, consiste à se donner du jour en enlevant la tumeur en totalité ou en partie.

Le second se réduit à l'hystérectomie.

Dans l'hystérectomie pour fibrome du col, un temps très délicat est l'isolement de la tumeur et de la vessie. Le chirurgien à ce moment doit s'efforcer de reconnaître la topographie des organes (vessie, utérine, trompe, mésocôlon iliaque, intestins) et leur déviation. Pour les éviter il sera obligé de faire la *décortication sous-séreuse*.

Par deux incisions transversales antérieures haut situées sous la tumeur, de façon à conserver le plus de péritoine possible, le chirurgien cherchera le plan de clivage et, au doigt, à la compresse ou aux ciseaux, il décollera progressivement jusqu'à la base d'insertion.

La décortication totale peut être rendue impossible. On ne trouve pas de plan de clivage : la tumeur a subi la dégénérescence molle ou dure (calcaire), les adhérences sont intimes avec les plans voisins. Dans tous ces cas, le chirurgien sera obligé d'opérer par morcellement.

Ce morcellement, bien étudié par Duret, permet d'éviter la déchirure du rectum, la blessure de la vessie ou la section de l'uretère. Cet auteur en distingue trois variétés :

1° Par section médiane pure et simple;

2° Par blocs successifs ou tranches;

3° Par évacuation des cavités kystiques dans les cysto-fibromes.

L'inconvénient est l'hémorragie provoquée par les sections multiples.

Bégouin préconise un procédé « simple, sûr et rapide », c'est le *procédé de l'évidement*, qui est un morcellement méthodique : « Le chirurgien, de la main gauche, saisit et soulève avec deux pinces de Museux le pôle supérieur du fibrome. Après avoir posé des pinces sur les vaisseaux utérins et utéro-ovariens, il fait une incision circulaire périphé-

rique passant à la partie la plus basse du fibrome qui soit facilement accessible. A partir de cette circonférence, le bistouri décrit des cônes successifs dont le sommet aboutit en bas, au centre de la masse fibromateuse, de la même façon que, de la pointe d'un couteau, l'on évide la partie gâtée d'une poire. La section terminée, toute la partie supérieure du fibrome est détachée, enlevée; il ne reste plus dans le petit bassin qu'une cupule fibromateuse en entonnoir. Grâce au vide central, il suffit de tirer avec des pinces de Museux sur les bords de la cupule pour voir sa périphérie s'éloigner des parois du bassin, et la région des utérines, des uretères et de la vessie devient alors d'un abord aisé.

» L'ablation de ce moignon fibromateux se fera aussi simplement que celle d'un fibrome banal. »

*Le deuxième temps* est l'hystérectomie proprement dite; elle sera faite par un procédé variable suivant les cas.

Le procédé américain par ligature des pédicules vasculaires avec incision continue de droite à gauche et de gauche à droite du côté le mieux accessible vers le côté le plus fixe prévaudra le plus souvent.

Le procédé de Doyen, l'hémisection de J.-L. Faure, seront avantageux si les deux ligaments larges sont difficilement accessibles.

Dans certains fibromes, *volumineux, coincés dans le bassin*, on sera obligé de faire une énucléation avant de pratiquer l'hystérectomie abdominale. On enlèvera un fragment de la tumeur, qui, de ce fait, deviendra plus mobile. On pourra ainsi la déplacer facilement et l'extraire par voie haute.

#### CONDUITE A TENIR DANS LE CAS DE FIBROME DU COL ET GROSSESSE.

*Pendant la grossesse*, on s'en tiendra à l'expectative. Ne rien faire qui mette la vie du fœtus en danger tant que la santé de la femme ne l'exige pas d'une manière impérieuse (Trenb).

S'il survient des phénomènes de compression, on tâchera de gagner du temps, d'attendre la viabilité du fœtus. On insti-

tuera un traitement approprié suivant la nature de la compression (repos au lit, évacuation des réservoirs, lavements laudanisés). Dans les cas graves, heureusement exceptionnels, on aura à intervenir et à pratiquer l'énucléation de la tumeur.

*Pendant l'accouchement*, deux éventualités peuvent se produire :

1° La tumeur cervicale est petite, de la *grosseur d'un œuf de poule*, mobile au toucher vaginal. On a le droit d'espérer un accouchement normal, qui sera favorisé par l'aplatissement de la tumeur lors du passage du pôle fœtal. Il faudra alors patienter et avoir recours, si besoin se montre, à une application de forceps ou à une version.

2° *La tumeur est plus grosse*. On attendra l'apparition des premières douleurs et on pratiquera l'énucléation. L'extirpation par la voie vaginale peut être parfois rendue impossible par le volume de la tumeur, qui est immobile dans le bassin. On aura recours, dans ce cas, à l'opération césarienne, suivie d'hystérectomie.

*Pendant les suites de couches*, il vaut mieux attendre que l'involution utérine soit complètement achevée avant de pratiquer l'opération. Cependant, une intervention immédiate peut être rendue obligatoire s'il survient une hémorragie à allure menaçante ou un début d'infection.

Dans ce cas, on n'hésiterait pas à pratiquer l'hystérectomie, qui est le seul traitement efficace.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I (Inédite).

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Observation prise en clientèle (Professeur agrégé JEANNENEY).

Mme B..., 39 ans, ressent, depuis la fin de l'année 1930, de légers malaises (éblouissements, bouffées de chaleur, vertiges sans perte de connaissance). La mort de son mari, survenue en février 1931, dans des circonstances tragiques, semble avoir aggravé son état. M. B..., en effet, avait été hospitalisé pendant quelques semaines à Saint-André pour broncho-pneumonie. Le jour de sa sortie de l'hôpital, il mourait subitement devant le seuil de sa maison. Depuis cette époque, Mme B... se sent fatiguée, anéantie; elle constate que ces malaises se reproduisent plus fréquemment. Justement inquiète, elle pense à l'hypertension artérielle et va consulter son médecin.

Le Docteur Frémond, médecin traitant, examine d'abord son cœur, prend sa tension artérielle. Il ne trouve rien d'anormal du côté de l'appareil circulatoire. Il pratique alors le *toucher vaginal* et constate l'existence d'une tumeur lisse, régulière, grosse comme le poing, occupant toute la cavité vaginale et paraissant dépendante de la lèvre droite du col. M. le Professeur agrégé Jeanneney, à qui on a adressé la malade, fait le diagnostic de fibrome du col à évolution vaginale. L'examen aux valves confirme le diagnostic.

Les *antécédents* de cette malade sont extrêmement réduits. Réglée à 13 ans. Règles abondantes, régulières, durant en moyenne quatre jours. Mariée à 23 ans. Un enfant, une jeune fille de 17 ans,

jouissant d'une belle santé. L'accouchement se fit sans incidents et les suites furent normales. Depuis, la menstruation a toujours été régulière, sans modifications dans sa durée ou dans sa couleur. N'a pas eu d'autre grossesse. Pas de fausses couches avouées.

On ne trouve dans ses antécédents aucune maladie intéressante à signaler.

L'*histoire de la maladie* est également peu chargée. En questionnant Mme B..., on apprend que depuis deux ans environ elle avait des pertes blanches. Cette *leucorrhée* était inodore, de couleur blanchâtre; elle n'empesait pas le linge. La malade n'y attachait pas beaucoup d'importance. Ces jours derniers, cependant, ces pertes se répétaient tous les jours presque sans interruption. Elles étaient si abondantes qu'elles étaient comparables à un véritable flux menstruel et obligeaient la malade à se garnir. Depuis le mois de juillet 1930, Mme B... ressent également des *douleurs vertébrales* remontant jusqu'aux omoplates. Ce sont des douleurs sourdes, sans exacerbation, survenant de façon tout à fait irrégulière, tantôt à l'occasion d'une fatigue, tantôt spontanément la journée ou la nuit.

La malade n'a jamais remarqué de *modifications du côté de ses règles* : pas de métrorragies ni de ménorragies. Les menstrues n'ont jamais été douloureuses.

On ne relève pas non plus de signes de compression dans son histoire. Mme B... s'est aperçue cependant que *ses mictions devenaient plus fréquentes* depuis quelques semaines; elle est obligée, notamment, de se lever la nuit pour uriner.

Ces troubles sont supportables, nous dit la malade, et n'ont rien changé à son travail.

Un traitement médical est institué provisoirement en attendant l'opération (injections vaginales chaudes, eaux mères de Salies).

*Trois mois plus tard*, Mme B... entre à l'Hôpital André-Boursier, dans le Service de M. le Professeur Guyot, salle 3, lit n° 21. Elle souffre des reins, de la colonne vertébrale, de la fosse iliaque gauche et a toujours des pertes abondantes. *Les douleurs* se sont un peu modifiées depuis le mois de mars. Elles sont actuellement continues, en demi-ceinture, partant de la colonne vertébrale. On note aussi des céphalées.

Il y a un mois environ, les *troubles urinaires* se sont précisés. Ils consistent en besoin d'uriner avec impossibilité d'émettre quelques gouttes, puis miction normale. Depuis trois mois, enfin, les règles sont légèrement avancées.

EXAMEN. — Femme adipeuse. Bon état général. Pas de terrain nerveux appréciable.

*Abdomen.* — Inspection : Tendance au ventre en tablier. Palpation : Paroi adipeuse très épaisse. Percussion : Pas d'ascite, pas de zone de matité.

*Toucher vaginal.* — Col, très haut, entr'ouvert, flanqué dans la partie latérale droite par une tumeur arrondie, ligneuse, peu mobile.

Cul-de-sac antérieur peu profond.

Culs-de-sac postérieurs et latéraux profonds, non douloureux.

L'utérus est immobile, non mobilisable.

*Colonne vertébrale.* — Rien.

*Appareil respiratoire.* — Légère diminution du murmure à la base gauche. Pas de bruit surajouté.

*Cœur.* — Bruits un peu sourds. T. A. : Mx, 20; Mn, 10,5; Io, 3.

La réaction de B.-W. négative.

Analyses de sang et d'urines, rien d'anormal.

*Opération* le 9 juin 1931.

*Diagnostic : Fibrome latéro-cervical* (probablement d'origine vaginale).

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Femme adipeuse. Utérus libre, qui se laisse attirer en haut par tractions. Section des pédicules latéraux. Refoulement très bas de la vessie, qui permet de palper un myome du volume du poing.

On attaque par le côté gauche du vagin. Section du vagin de proche en proche au ras du pôle inférieur de la tumeur, qui est enlevée avec une collerette vaginale importante. L'énucléation se fait facilement. Hémostase complète des pédicules utéro-sacrés des deux côtés et de la tranche vaginale par deux points séparés de catgut.

Drains et mèches vaginales.

Péritonisation en surjet de droite à gauche jusqu'au col, puis

par cloisonnement sur toute la partie gauche du petit bassin à l'aide du côlon pelvien. Fermeture de la paroi en trois plans.

*Suites opératoires.* — Pas de choc opératoire. Le pouls et la température de l'opérée s'accroissent régulièrement (T. : 38°, 38°5, 39°, 40°; P. : 110, 120, 140). Emission de gaz et diarrhée. La mort survient au bout de trente-six heures dans le collapsus. Diagnostic : septicémie péritonéale aiguë.

#### OBSERVATION II (Inédite).

(Service de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Mme M... (A.), 44 ans, salle 8, lit 14.

Date d'entrée : le 16 août 1928.

La malade fait remonter le début de sa maladie à deux ans.

Atteinte de l'état général, la malade est fatiguée et commence à souffrir du bas-ventre et de la région lombaire. Les règles augmentent de durée jusqu'à trois semaines. Gros caillots. Depuis cinq à six mois, la malade perd du sang sans arrêt. Depuis un mois, souffrant davantage et devenue incapable de tout travail, garde le lit. A beaucoup maigri. Trois jours avant son entrée, grosse hémorragie provoquant un état lypothymique.

*Antécédents.* — Deux grossesses il y a quinze et vingt ans. Excellente santé habituelle. C'est la première maladie, sauf une hernie ombilicale dont le début remonte à cinq ans et qui n'a jamais été douloureuse.

*Examen.* — Facies fatigué, teint subictérique, malade très adipeuse. La palpation et l'examen gynécologique en sont rendus très difficiles. Température, 38°5. Palpation abdominale : masse douloureuse dans la fosse iliaque gauche mal limitée.

*Toucher.* — Vagin très élargi (masse fibromateuse du volume du poing dont on fait le tour et donnant l'impression d'un polype fibreux. On ne peut sentir à bout de doigt ni le pédicule d'implantation ni le bourrelet cervical.

*Conclusion.* — 1° Polype fibreux très volumineux, accouché dans le vagin ou fibrome pédiculé du col non altéré;

2° Fibrome utérin abdominal altéré en sphacèle aseptique probable.

On décide une intervention abdominale en raison de ce deuxième fibrome altéré.

*Opération* le 21 août 1928. — Hystérectomie totale. (Opérateur : M. Duffour). Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Inflammation périutérine manifeste avec adhérences. Protection de l'abdomen. Libération de ces adhérences au doigt. Issue d'une grande quantité de pus fétide. Aspiration. Il s'agit d'un pyosalpinx gauche intimement aminci, qui s'est rompu.

Hystérectomie par le procédé habituel. Il faut pousser très loin le décollement de la vessie pour arriver au vagin. Section du vagin qui montre la cavité vaginale occupée par une grosse masse du volume d'une petite noix de coco appendue au col par un pédicule assez mince. Section circulaire du vagin; pour en retirer la masse sans la morceler, on fait un petit débridement latéral.

Deux mèches dans le vagin.

Mikulicz abdominal avec quatre mèches.

*Suites.* — Excellentes. Chute immédiate de la température.

Pas de douleurs abdominales. Ecoulement de pus fétide, très abondant, par le Mikulicz.

Ablation des mèches le deuxième, quatrième, sixième, septième jour.

Ablation du sac le huitième jour.

Mise en place d'un gros drain.

Pouls instable avec quelques clochers. Bon état général. Bon appétit. Ablation des points le douzième et le quatorzième jour.

La malade sort guérie le 2 octobre 1928.

*Diagnostic définitif.* — 1° Fibrome pédiculé très volumineux de la lèvre postérieure du col.

2° Pyosalpinx volumineux gauche.

OBSERVATION III (Inédite).

(Service de M. le Professeur BÉGOUX.)

Mme A... (L.), 42 ans, salle 8, lit 18.

Date d'entrée : 27 mars 1928.

Entre à l'hôpital sur les conseils du Docteur Papin, parce qu'elle a une grosseur dans le vagin, dont elle a remarqué elle-même l'existence en faisant sa toilette il y a deux ans.

*Examen.* — Le toucher révèle l'existence au niveau de la lèvre postérieure du col, dans son épaisseur, d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, ferme, bien limitée, recouverte par une muqueuse qui paraît saine. Le corps utérin paraît de volume normal.

L'examen aux valves confirme l'examen précédent.

*Diagnostic.* — Fibrome du col.

*Opération* le 3 avril 1928. (Opérateur : Dr Papin).

Hystérectomie abdominale totale rendue difficile par le volume du col, qui est le siège du fibrome.

L'hémostase (ligatures) est faite avant l'ouverture du vagin. Celui-ci, après ouverture, est complètement cousu par deux points commissuraux, et on place deux mèches qui drainent le tissu cellulaire sous-péritonéal. Péritonisation complète par-dessus. Pas d'appendicectomie complémentaire.

*Suites normales.* — Ablation du drain abdominal au bout de quarante-huit heures; des mèches vaginales au bout de trois jours. Mais présence du sang dans les premières urines émises. Il persiste du sang, le 8 avril 1928, en abondance suffisante pour teindre nettement les urines.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Service de M. le Professeur BÉGOUX.)

Mme A... (G.), 60 ans. Date d'entrée : le 27 août 1927.

Entre à l'hôpital parce qu'elle perd du sang. Le début des pertes remonte au 17 août. Entre les règles, sang mêlé de gros caillots. Douleurs avant l'émission de sang.

Depuis, petits écoulements (deux à trois par jour) de sang rouge avec des caillots à l'occasion d'un effort, pour aller à la selle en particulier.

*Toucher.* — Tumeur occupant la lèvre postérieure du col, rénitente, irrégulière. Saigne après le toucher.

*Diagnostic* (vérifié à l'opération). — Fibrome du col.

*Opération* (Professeur agrégé Loubat). — Anesthésie à l'éther.

Voie abdominale : Recherche de la tumeur, grosse comme une orange, friable, occupant la lèvre postérieure du col.

Enucléation de la tumeur : Difficile.

Hystérectomie totale.

Le soir de l'opération, la malade a eu quelques pertes sanguines vaginales.

Pouls et température : Excellents.

Exeat 29 août 1927.

#### OBSERVATION V (Inédite).

(Service de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Mme B... (M.), 54 ans, salle 8, lit 5.

Date d'entrée : le 20 décembre 1927.

Entre pour œdèmes au niveau des membres inférieurs. Au mois d'octobre 1926, elle est déjà entrée dans le service pour des métrorragies (femme ménopausée depuis deux ans déjà) durant un mois.

Elle est curettée par deux fois à un mois d'intervalle par le Docteur Massé, et depuis les pertes ont cessé. Le 19 décembre, en se levant, elle constate que ses jambes sont enflées; elles sont douloureuses à la pression.

*Antécédents.* — Phlébite à 18 ans, bilatérale, à la suite d'un accouchement.

Cinq enfants (quatre morts en bas âge, un enfant vivant). Pas de fausses couches.

Dyspnée d'effort et palpitations.

*Au toucher.* — Col gros, un peu dur, irrégulier, anfractueux, avec un orifice cratériforme. Utérus très mobile.

*Diagnostic.* — Epithélioma du col (2)

*Biopsie.* — On enlève une parcelle de la lèvre antérieure du col utérin, que l'on envoie à l'examen histologique.

*Anatomie pathologique.* — Adénome glandulaire avec érosions hémorragiques. Col fibreux présentant une inflammation glandulaire en surface avec érosions. Lymphocytes et plasmocytes surtout marqués dans les tubes glandulaires. Parmi ceux-ci, beaucoup sont réduits à des fentes et d'autres ectasiés, entourés par un processus de sclérose.

Exéat le 16 janvier 1928.

L'état général est considérablement amélioré.

#### OBSERVATION VI.

*Sur un cas de fibrome sphacélé du col utérin pris pour un prolapsus.*

(MM. GUYOT et ICHON.)

Mme L..., âgée de 63 ans, entre salle 8 sur les conseils de son médecin pour une descente de matrice devenue irréductible et infectée.

Dans ses antécédents, on relève : Des règles normales, établies à 15 ans, toujours régulières jusqu'à la ménopause, survenue à 50 ans.

Pas de fausse couche. Deux enfants bien portants : une fille âgée de 43 ans, un fils de 40 ans.

L'affection qui l'amène remonte, d'après ses dires, à l'accouchement de son second enfant, en 1882, accouchement très laborieux ayant duré trois jours, sans application de forceps ni *déchirure périnéale*. Suites de couches normales, sans infection. Elle reste *trois semaines* environ au lit; mais, à son lever, commence à ressentir une gêne avec pesanteur dans le bas-ventre et entre les jambes, surtout après une longue station debout et une marche de quelque durée. Quelques pertes blanches depuis sa jeunesse, mais jamais d'hémorragie à type méno ou métrorragique. Cette gêne augmentant, elle fait, sur les conseil d'une voisine, l'acquisition d'un pessaire qu'elle s'applique elle-même vers 1892. Elle se sent un

peu soulagée, mais elle espace de plus en plus ses soins de propreté, et, en 1916, présente des phénomènes d'infection au niveau de son prolapsus. Un médecin appelé provoque l'extraction de son pessaire, non sans peine. Depuis, sa descente de matrice s'accroît, dit-elle, sans qu'elle puisse préciser à partir de quel moment elle a atteint l'orifice vulvaire.

Depuis 1882, présente une hernie inguinale gauche pour laquelle elle porte un bandage.

Il y a un mois, en décembre, au cours d'un effort, en soulevant un enfant de 4 ans, a l'impression que sa matrice sort brusquement.

Elle se décide à se faire hospitaliser.

*Examen* le 20 décembre 1922. — A la vulve apparaît une tumeur piriforme du volume d'une tête de fœtus à terme, un peu irrégulière, molle, rougeâtre, sécrétant du séro-pus, malodorant, présentant des points de sphacèle. A la partie antérieure, zone triangulaire de coloration blanche, d'aspect lisse, faisant penser au premier abord à la vessie prolapsée. Zone d'épidermisation inflammatoire.

Aucune apparence de col. Un orifice postéro-supérieur où la pince s'enfonce peut faire penser à l'orifice externe.

Le pédicule de la tumeur s'enfonce dans le vagin, dont l'exploration est rendue difficile. En avant, le cul-de-sac extérieur est à peu près supprimé (4 cm. à peine). En arrière, par contre, le doigt ne trouve pas le fond du cul-de-sac postérieur, et une pince n'est arrêtée qu'à plus de 12 centimètres, avec une sensation d'obstacle irrégulier. Du pus est retenu dans ce cul-de-sac.

Le diagnostic de prolapsus sphacélé est porté et on se décide à une intervention. Hystérectomie vaginale imposée par l'état général, profondément altéré; fièvre, toxémie, défaillance cardiaque, œdème du membre inférieur gauche.

Avant l'opération, on cherche à préciser les rapports de la vessie; mais le cathétérisme ne donne rien et un essai de cystographie au bromure de sodium n'a pu fournir le renseignement.

*Opération* pratiquée par le Docteur René Villar : On se borne à abraser tout ce qui vient de la tumeur extra et intravaginale par forte traction.

*Suites.* — Température abaissée; affaiblissement progressif; syncopes successives et mort le surlendemain.

*Nécropsie.* — A l'ouverture de l'abdomen, utérus et annexes normaux et plutôt surélevés. Ligaments utérins nullement allongés. Au-dessous du corps utérin existe une tumeur occupant la partie supérieure du vagin, entièrement intravaginale. En effet, la vessie, en situation normale, est seulement aplatie d'avant en arrière, mais se décolle bien facilement. Aucune adhérence postérieure du vagin avec l'anse sigmoïde et le rectum.

La pièce présente, après incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin, une tumeur de forme arrondie, développée au niveau du col utérin, en avant du canal endocervical : tumeur dure, régulière, partiellement adhérente, au dôme vaginal distendu, mais n'infiltrant pas ses parois.

*Examen histologique* (prof. Sabrazès) (29 décembre). — Polype fibreux en mauvais état, atteint d'œdème et de nécrose. Pas de thrombose; pas de revêtement muqueux.

#### OBSERVATION VII (Résumée).

(MAXWELL et SÉE, *Journal of obstetrics and Gynæcology of the British Empire*, 1928.)

##### *Fibrome du col envahissant la cloison vésico-vaginale.*

Mme X..., Chinoise, 41 ans, fut admise au « Pekin union medical College Hospital », le 17 février 1928, se plaignant d'une masse qui sortait par la vulve. Il y a trois ans, au cours de sa onzième grossesse, une masse fit issue par le vagin au huitième mois. Elle fut rentrée et l'enfant vint à terme. Au cours de sa douzième grossesse, elle sortit de nouveau vers le septième mois et fut remise en place; l'enfant naquit mort au huitième mois; la masse fut repoussée à l'intérieur et cette opération fut effectuée plusieurs fois par la suite.

Il y a un mois, la tumeur se montra de nouveau à la vulve et la malade nota que la partie qui apparaissait était nécrosée. La tumeur pendit en dehors du vagin pendant un mois; il y eut de

grosses pertes vaginales purulentes et des hémorragies en maintes occasions, la dernière remontant à la nuit précédant l'admission à l'hôpital.

La malade, bien constituée, était anémique.

Au dehors de la vulve, il y avait une masse piriforme; la muqueuse vaginale se terminait sur la tumeur en formant une sorte de bague.

La paroi vaginale antérieure était retournée de haut en bas par l'utérus prolabé. Derrière la masse, le doigt pénétrait dans le cul-de-sac postérieur et la paroi vaginale postérieure était en position normale.

On ne sentait pas le col, il y avait d'abondantes pertes vaginales purulentes dépourvues de sang.

Avant l'opération, transfusion de 400 cc. de sang.

*Opération* le 21 février 1928. — Anesthésie intrarachidienne avec novocaïne et caféine.

Ablation de la tumeur *par voie vaginale*. Il y avait des particularités. En passant une sonde dans la vessie, on avait remarqué qu'elle était attachée à la partie prolabée; de plus, la paroi postérieure vaginale n'était pas descendue, et, au sommet de celle-ci, il y avait un creux que l'on pouvait prendre pour le col.

On fit une incision verticale et une autre circulaire. On sépara facilement la tumeur.

C'était un fibrome dégénéré de la lèvre antérieure, qui s'était développé entre le fond de la vessie et le vagin. La fossette que l'on sentait en arrière était le col, l'utérus était en rétroflexion. Une grande partie de la muqueuse vaginale qui recouvrait la tumeur fut enlevée et le reste recousu.

L'opération dura une heure. Drain, qui fut enlevé le deuxième jour. La malade quitta l'hôpital le quinzième jour.

OBSERVATION VIII.

(MAXWELL et SÉE, *Journal of Gynecology and Obstetrics of the British Empire*, 1928.)

*Subvesical fibroid, retension of urine, rupture of bladder, peritonitis.*

Une Chinoise, âgée de 44 ans, fut admise à « Peking Union college hospital », le 12 janvier 1928.

Il y a treize ans, elle avait noté une tumeur de la taille d'un poing à la partie inférieure de son abdomen. Elle était déviée sur la gauche et augmentait de volume au moment des règles. Début des règles à 14 ans. Règles régulières tous les vingt-sept ou trente jours. Durant ces deux dernières années, elles revenaient tous les vingt-quatre jours. Au début, elles duraient sept jours; plus tard, elles ne se continuèrent que pendant quatre jours. En août et en septembre 1927, les règles avaient été abondantes et douloureuses. Il n'y avait pas eu de pertes entre les époques. Mariée en décembre 1926, elle n'avait pas eu de grossesse.

Cinq jours avant son admission à l'hôpital, la malade avait éprouvé de la difficulté pour uriner, mais elle ne souffrait pas, sauf lorsqu'elle essayait d'uriner. Le jour suivant, son abdomen était distendu, elle n'eut pas de repos et eut des douleurs généralisées à tout l'abdomen. Elle essaye en vain d'uriner, ne réussissant à obtenir que quelques gouttes d'urine. La distension ne fit que s'accroître. Dans la matinée du cinquième jour, elle fut soudainement prise d'une douleur abdominale intense et eut des sueurs froides. On envoya chercher un docteur, qui fit le cathétérisme et n'obtint pas d'urine. Elle fut portée à l'hôpital, et un autre essai de cathétérisation fut encore sans résultat. L'un d'entre nous fut appelé en consultation. Avec un long cathéter de métal, on obtint environ 100 cc. d'une urine concentrée, sombre, et ensuite une petite quantité de liquide sanguinolent. L'abdomen avait le volume d'un abdomen à terme; on sentait la tumeur, qui remontait presque jusqu'à l'ombilic.

Au toucher vaginal, on sentait une grosse tumeur paraissant dans le vagin.

On transporta la malade au « Peking Union College hospital » et l'abdomen fut ouvert. L'opération dura deux heures; la première moitié fut réalisée sous anesthésie intrarachidienne à la stovaïne; pour la deuxième moitié, on donna un peu d'éther.

A l'ouverture de l'abdomen par une incision médiane sous-ombilicale, il s'échappa une grosse quantité de liquide légèrement trouble; il ne sentait pas l'urine. Il y avait une péritonite généralisée; les cultures du liquide furent négatives. Cette tumeur, qui était très fixée, remplissait la cavité pelvienne.

L'utérus était un peu augmenté de volume et en rétroversion en arrière de la tumeur principale et sur un plan inférieur. La vessie fut difficile à délimiter. A son sommet, on trouva une petite ouverture qui aurait admis l'extrémité du petit doigt. Sur le devant de la vessie, il y avait aussi un autre trou qui admettait le bout de l'index. Ces deux ouvertures furent temporairement fermées avec du fil de soie fin. L'utérus fut détaché du plancher pelvien, et les ligaments ovariens séparés. Ceci permit de libérer le pôle postérieur de la tumeur. La vessie fut séparée de la tumeur, les utérines furent liées. Hystérectomie totale. On ne vit pas les uretères.

Le vagin fut fermé avec des sutures séparées avec catgut; les blessures de la vessie furent réparées avec des sutures de soie fine. Il fut possible d'amener le péritoine antérieur sur les sutures et de l'y fixer. L'appendice, rétrocolique, semblait le siège d'une inflammation; il fut enlevé.

Trois drains furent placés dans la blessure abdominale, allant jusqu'au fond du Douglas, et l'abdomen fut refermé comme à l'ordinaire.

On laissa une sonde à demeure pendant dix jours, on la changeait toutes les trente-six heures et on fit des instillations de mercuro-chrome au 1/100 dans la vessie. La diurèse fut très marquée le premier et le deuxième jour après l'opération.

Du septième au douzième jour, on donna de l'urotropine trois fois par jour.

L'un des trois drains fut enlevé le deuxième jour et les deux autres le sixième jour. Il y eût d'abord une suppuration<sup>\*</sup> abondante, qui s'amoindrit par la suite. La blessure fut guérie au bout de six semaines et la malade quitta l'hôpital.

Le poulx, qui était de 140 le matin de l'opération, tomba rapidement.

*Examen de la tumeur.* — La masse comprend l'utérus, une partie de la paroi antérieure du vagin et une grosse tumeur de 0 m. 15 de diamètre. La masse est dure, encapsulée. C'est un fibromyome sous-vésical, accompagné de salpingite et appendicite.

#### OBSERVATION IX.

(SÉJOURNET, *Bull. de la Soc. d'obs. et de gyn. de Paris*, 1923, p. 6.)  
*Volumineux fibrome du col de l'utérus remplissant tout le vagin.*

— *Ablation par morcellement.* — *Guérison.*

Appelé pour des accidents de *réten-tion d'urine* dont le brusque début, l'avant-veille, avait déjà nécessité un sondage, je me suis trouvé en présence d'une femme de 50 ans ayant un assez bon état général apparent, quoiqu'un peu anémiée et un peu amaigrie. Toute l'histoire clinique se résumait à des *per-tes hémorragiques* de moyenne abondance mais continuelles, alternant avec des *per-tes leucorrhéiques*, épaisses, verdâtres, légèrement fétides.

La malade avait quelques *douleurs lombaires* et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Les fonctions intestinales étaient normales.

La palpation de la région sus-pubienne met en évidence la présence d'une masse dure qui, débordant le pubis d'un travers de main, paraît s'inclure dans le petit bassin sans avoir de limites précises.

*L'examen vaginal* permet de reconnaître une volumineuse tumeur développée dans un vagin distendu à l'extrême, au point de dépasser les limites du petit bassin et de remonter dans la cavité abdominale. Cette tumeur était parfaitement immobile, moulée qu'elle était sur les parois de l'entonnoir pelvien, et non seule-

ment elle ne se laissait pas abaisser, mais encore n'avait aucune tendance à faire hernie du côté de la vulve.

Je posai le diagnostic de tumeur fibreuse intravaginale. Il était impossible d'en préciser le point de départ. Ce ne fut que plus tard que je fus autorisé à dire que l'origine était utérine. Pour le moment, je fis quelque réserve sur la possibilité d'une origine vaginale, bien qu'il soit exceptionnel de rencontrer des fibromes du vagin atteignant un volume aussi considérable.

De toutes façons, les troubles urinaires qui venaient de s'installer et l'état de sub-infection commandaient une intervention chirurgicale rapide.

*Opération* (20 novembre 1922). — Anesthésie chloroforme. Je m'efforçai d'abord d'abaisser la tumeur par une forte traction; elle était si bien fixée dans le vagin qu'il me fut impossible de l'abaisser, ne fût-ce que de quelques centimètres. Je décidai donc d'en *pratiquer le morcellement*. Attaquant le pôle inférieur, je fis une prise solide avec des pinces de Museux et morcelai progressivement la tumeur, en ayant soin de ne pas perdre le contact et de me tenir toujours sur la ligne médiane. Peu à peu, l'on gagna du terrain. Pourtant il était encore impossible d'arriver en haut, à la limite supérieure en contournant la gauche de la pièce. Par contre, à droite l'on se rapprochait de cette zone, où la tumeur paraissait adhérer à un bourrelet saillant de la paroi vaginale.

J'incisai au voisinage de cette zone le recouvrement muqueux et m'efforçai de trouver un plan de clivage, qui, sans être net, favorisa cependant l'énucléation.

A partir de ce moment, la traction continue, jointe au morcellement, nous rendirent maître de la situation, et, en fin de compte, ce qui restait du fibrome s'énucléa en bloc. Il m'avait fallu morceler environ 2/5 de la tumeur.

Malgré tout, l'opération avait comporté moins de difficultés que je ne le prévoyais primitivement.

La tumeur extraite, une vaste zone de décollement saignait en nappe dans le fond du vagin. Il ne pouvait être question d'hémotase directe, et je me contentai d'un tamponnement serré avec des mèches. Le toucher vaginal, à ce moment, ne permit pas de se

rendre compte de la situation de l'utérus, et encore moins de reconnaître le col.

Les suites opératoires furent simples. Le tamponnement fut enlevé au quatrième jour et la malade se leva au douzième jour.

*Examen anatomique et histologique.* — La pièce enlevée pèse 650 grammes, elle a toutes les apparences d'une tumeur fibreuse.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibromyome modifié par l'infection. L'envahissement par de petites cellules rondes, d'origine inflammatoire, donne aux coupes un aspect qui, à un examen sommaire, pourrait laisser planer quelque doute sur un processus de dégénérescence sarcomateuse de la tumeur. M. le professeur Lecène a confirmé le diagnostic de fibromyome infecté.

Nous comptons sur l'examen histologique pour nous préciser l'origine de la tumeur. L'une des coupes intéresse effectivement un fragment de la muqueuse. Or, il s'agit d'une muqueuse sans éléments glandulaires, tapissée par un épithélium pavimenteux qui peut aussi bien appartenir au vagin qu'au revêtement muqueux du segment vaginal de l'utérus dans le voisinage du museau de tanche.

J'ai pu cependant préciser dans la suite le point de départ utérin. Quatre semaines après l'intervention, le vagin avait repris ses dimensions à peu près normales. L'examen local ne révéla sur l'organe aucune plaie, aucune trace de cicatrisation. Par contre, le col de l'utérus restait mou et entr'ouvert. Le doigt pénétrait légèrement dans la cavité utérine. Au spéculum la lèvre droite présentait une plaie qui empiétait sur le museau de tanche.

#### OBSERVATION X.

(LEFEBVRE, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, p. 774.)

##### *A propos d'un cas de fibrome du col utérin.*

Mme X..., âgée de 48 ans, a eu trois enfants et n'offre rien de particulier dans son passé gynécologique; elle n'est pas encore arrivée à la ménopause, puisqu'elle a des périodes régulières fort semblables à un flux cataménial. Elle m'est amenée pour de la

*réten*tion d'urine complète remontant à une quinzaine de jours et nécessitant des sondages réguliers. Quelques pertes rosées dans l'intervalle des règles constituent le tableau clinique au point de vue fonctionnel. Chez la femme, toute *réten*tion aiguë d'urine doit faire penser à un fibrome, tout d'abord. Aussi, dès le premier toucher, me fut-il permis de constater que le vagin était rempli par une masse énorme, très dure, à peu près sphérique, repoussant les parois du vagin jusqu'aux parois du petit bassin et interdisant tout accès au doigt cherchant à pénétrer plus avant, en quête du col utérin et des culs-de-sac vaginaux. La main abdominale perçoit la poussée, toute relative, de la masse vaginale, qui se mobilise très difficilement. De longues valves mises en place ne donnent aucune vue au-dessus de la masse, mais elles permettent de constater, signes importants, d'abord l'inégalité de la surface, qui est légèrement ondulée, ensuite des irrégularités dans la coloration, rosée par places, violacée ailleurs, blanc jaunâtre par endroits.

Sur ces signes, le *diagnostic* de fibrome vaginal est porté, mais sans pouvoir préciser s'il s'agit d'un polype fibreux issu de la cavité utérine ou bien d'une tumeur née sur le col ou même sur le vagin.

Je décidai d'aborder opératoirement la néoplasie par les voies naturelles. Sous rachianesthésie à la scurocaïne (0 g. 40), j'essayai tout d'abord, après avoir harponné la masse avec le tire-bouchon, d'extraire le bloc, mais en vain. Une incision exploratrice me montra le bien-fondé de mon opinion et m'autorisa à morceler. Un évidemment conoïde amincit à ce point la tumeur qu'il me fut rapidement possible de l'extraire de son point d'origine, la portion gauche du col utérin, la commissure vraisemblablement. Le col fut rétabli par quelques points de suture. Quelques heures après, la malade urinait spontanément et n'a pas cessé depuis. Elle est actuellement entièrement rétablie. La tumeur offrait après l'extraction 12 centimètres de diamètre environ et pesait 2 kg. 100.

OBSERVATION XI.

(Baux [de Perpignan], *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse*, 1925, p. 497.)

*Accidents par sphacèle d'un fibrome du col  
dans les suites de couches.*

Le 14 mai 1924, je suis appelé à Port-Bou par notre confrère espagnol le Docteur Vila, pour une primipare de 28 ans, Mme V..., *accouchée normalement* le 9 mai d'un garçon vivant de 3.500 grammes, et qui présente depuis trois jours des *symptômes d'infection puerpérale*; grand frisson initial, température élevée (39°5 à 40°2), ballonnement du ventre, état général grave. Les lochies sont rougeâtres, d'une extrême fétidité.

*A l'examen*, après avoir pénétré dans la cavité cervicale, on trouve dans la paroi antérieure de cette cavité une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur n'est plus recouverte par la muqueuse cervicale et a éclaté comme une grenade trop mûre. Je l'énuclée au doigt en quelques fragments. Une partie est blanche et présente l'aspect typique du fibro-myome utérin. La plus grosse part est grise et en état de sphacèle. J'achève d'évacuer prudemment à la curette la loge qu'occupait la tumeur. Injection intra-utérine iodée. Le soir, frisson et 39 degrés; le lendemain, 38°5; le surlendemain, 36°5 et 37 degrés; état général bien meilleur. Toute fétidité a disparu. Les jours suivants, la température oscille entre 36°5 et 37°5; les lochies sont purulentes. Rappelé le 20, je trouve un ventre complètement souple, température, 37°5; état général très bon. Le pus provient de la loge qu'occupait le fibrome. Lavages à la térébenthine, à l'iode, au permanganate. La femme se lève vingt-cinq jours après l'accouchement, allaitant son enfant.

Revue six mois après, elle présente un utérus en tous points normal.

OBSERVATION XII.

(GAUJOUX et CABONAT, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925, p. 599.)

*Fibrome du col empêchant l'accouchement.*

Mme X..., III-pare de 45 ans, ayant eu deux accouchements normaux il y a sept et quatre ans; les deux enfants sont vigoureux. De bonne santé habituelle, elle a eu ses dernières règles le 10 janvier 1924. La grossesse avait évolué sans incident jusqu'à la fin du septième mois avec seulement d'abondantes pertes blanches épaisses, mais depuis un mois elle ressent des pesanteurs périnéales et elle a de la difficulté à aller à la selle avec des sensations de selles inachevées. Depuis huit jours, à plusieurs reprises, elle a ressenti des envies de pousser.

Dans la soirée du 14 septembre, au moment d'un effort de défécation, *apparition à la vulve d'une tumeur lisse rouge violacé*; quelques douleurs surviennent avec la sensation d'accouchement prochain. On fait appeler la sage-femme qui devait l'assister; celle-ci, trouvant dans le vagin une masse qui lui paraît fort justement ne ressembler ni à une volumineuse poche des eaux ni à une partie fœtale, nous fait appeler.

*Examen.* — Au palper, tête ballottant au niveau de la fosse iliaque gauche; bruits du cœur perçus au niveau de l'ombilic. Au toucher, le vagin est rempli par une tumeur de la grosseur d'une petite tête fœtale; la surface est lisse et donne l'impression de la muqueuse vaginale; la consistance est mollassse, assez régulière. En contournant cette tumeur vers le côté droit du vagin, on constate qu'elle est fixée par une partie de sa face gauche au côté droit du col; il n'y a pas trace de pédicule, et la zone d'insertion est large. Entre la masse et le segment inférieur, il y a un intervalle droit, correspondant au cul-de-sac latéral droit. Le col, fortement repoussé par la tumeur en haut et à gauche de la symphyse, est réduit à une fente en croissant, mais il est très mou, admet l'index et paraît facilement dilatable, comme s'il y avait un début

de travail. Le doigt, en remontant dans le col, perçoit à travers sa partie droite, molle, une large zone d'insertion de la tumeur, qui est à ce niveau bosselée et parsemée de nodules durs.

*Le diagnostic* porté est celui de fibrome développé au niveau de la partie droite du col. Il est évident qu'avec une pareille masse, dilatation du col et accouchement seront impossibles. Mais quoiqu'il semble y avoir un début de travail, il serait utile que la grossesse, alors au début du neuvième mois, puisse se prolonger quelques jours.

Nous faisons donc une injection de morphine, espérant arrêter le début du travail, et, de fait, les douleurs disparaissent et le calme revient. Mais dans la matinée du 16, quoiqu'il n'y ait pas de contractions fortes, il y a, avec de petites douleurs, des glaires épaisses, parfois un peu rosées. Attendre davantage, c'est multiplier les risques d'infection, déjà par trop nombreux, et augmenter aussi les difficultés d'une intervention inévitable. Telle est aussi l'opinion du Docteur Cabonat, appelé par la parturiente.

L'intervention a lieu dans l'après-midi à la clinique, après aseptie vaginale et anesthésie à l'éther. Dès le début de l'anesthésie, la femme pousse, et on voit la partie inférieure de la tumeur apparaître à la vulve, lisse, sphérique, violacée, sillonnée de quelques grosses veines; par endroits, la muqueuse est granuleuse, excoriée. En attirant la tumeur à droite et la paroi vulvaire gauche du côté opposé, on peut mettre en évidence l'orifice du col, qui admet un gros mandrin.

*Incision verticale* sur la tumeur; sous la muqueuse œdémateuse, on trouve un plan de clivage celluleux, qui permet d'enucléer rapidement une masse, grosse comme les deux poings, composée de noyaux fibromateux. La tranche muqueuse saigne assez abondamment; après régularisation, hémostase par plusieurs points en V. Le col apparaît alors reconstitué, dilaté à 5 francs; on sent la poche des eaux au fond de l'orifice.

La dilatation manuelle de ce col de multipare est faite méthodiquement, sans incident. La version avec présentation presque transversale du fœtus ne présente pas de difficultés spéciales et donne un enfant de 2.300 grammes, qui crie rapidement. Après

délivrance artificielle, la vérification du col permet de constater que les sutures hémostatiques ont bien tenu.

*Suites très simples.* — Une injection vaginale le cinquième jour; aucune élévation thermique; l'opérée quitte la clinique le douzième jour. Le développement de l'enfant a subi un arrêt assez inquiétant dans la première quinzaine d'octobre; mais il s'agissait uniquement d'insuffisance alimentaire, et, actuellement, c'est un bel enfant normalement développé. Chez la mère, le col est irrégulier, mais sa muqueuse est partout rosée, sans ulcération.

#### OBSERVATION XIII.

(SWYNCHÉDAUW, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1927, p. 520.)

##### *Fibrome du col de l'utérus et dystocie pelvienne.*

F..., 33 ans, deux grossesses antérieures. Actuellement (3 mars 1926), grossesse à terme. Le travail, commencé depuis vingt-quatre heures, est entravé par une masse du volume du poing, développée aux dépens du col utérin, et qui, à chaque contraction, s'engage dans l'orifice vulvaire, qu'il obstrue complètement.

La dilatation est complète, la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures; la tête, dans l'excavation pelvienne, ne peut s'engager dans le bassin, mou.

Cette malade entre d'urgence à la clinique, envoyée par son médecin traitant, pour y subir une opération césarienne.

*Au toucher*, la tumeur, assez dure, n'est pas pédiculée; elle semble s'être développée dans l'épaisseur même du col utérin, et, dans l'intervalle des contractions, on sent la tête du fœtus engagée en occipito-sacrée.

Anesthésie au chloroforme. Les deux pôles de la tumeur ovoïde sont fixés à l'aide de deux Museux, et la muqueuse est incisée entre eux-ci, ainsi que les fibres musculaires, jusqu'à ce que l'on arrive sur un tissu plus résistant constitué par la tumeur.

Celle-ci se laisse dès lors facilement cliver et s'énuclée comme au cours d'une myomectomie.

Dès lors, l'orifice vulvaire est libre, et l'accouchement est rapidement terminé par une application de forceps.

Après la délivrance, la lèvre du col est difficilement accessible à l'examen; il ne se produit pas d'hémorragie anormale; aucune suture n'est faite.

Suites normales, sans incidents. Quelques semaines après l'accouchement, la plaie cervicale est cicatrisée, et le col a repris son aspect normal.

La tumeur extraite a le volume du poing. Elle mesure 10 centimètres dans son plus grand axe, et 8 centimètres de diamètre.

L'examen histologique, fait par M. le Professeur Curtis, montre qu'il s'agit d'un myome utérin banal.

#### OBSERVATION XIV.

(TÉDENAT, *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914, p. 316.)

*Fibrome sous-muqueux inséré sur la face postérieure de la paroi antérieure du col. — Mort en deux heures d'hémorragie.*

Mme X..., âgée de 48 ans, grande et forte; cette femme avait eu trois accouchements faciles et sans complications. Vers l'âge de 40 ans, ses règles devinrent plus abondantes, avec des caillots. Elles duraient sept à huit jours. Elle consulta le Docteur Rouquette aux premiers jours de juin 1888. Il constata l'existence d'un myome du volume du poing saillant à travers le col ouvert et conseilla une opération. Je vis la malade avec lui le 28 juin à Soubès. La tumeur s'insérait sur la face postérieure de la paroi antérieure du col à 2 centimètres au-dessus du bord libre par un pédicule long de 2 centimètres et d'épaisseur à peu près égale. Le myome *remplissait les deux tiers supérieurs du vagin* et faisait forte saillie dans le rectum. Il fut décidé que la malade viendrait au plus tôt dans mon service de l'Hôpital Saint-Eloi pour y subir l'extirpation de sa tumeur. Un coup de ciseaux sur le pédicule nous paraissait chose facile au Docteur Rouquette et à moi.

Six jours plus tard, au début de la période menstruelle, une

*violente hémorragie* survint avec de gros caillots. On alla quérir le Docteur Rouquette, qui arriva deux heures plus tard. La malade était exsangue, sans pouls, son lit plein de sang.

Malgré des injections d'éther, malgré la compression de l'aorte, elle succombait une heure après l'arrivée du Docteur Rouquette. Il faut noter que la malade était en état satisfaisant de santé générale quand survint cette hémorragie mortelle.

#### OBSERVATION XV.

(TÉDENAT, *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914, p. 346.)

*Fibrome du poids de 2.800 grammes, développé en avant de la portion sus-vaginale du col. — Rétention d'urine. — Urine purulente. — Enucléation par voie abdominale. — Disparition des troubles urinaires.*

P... (Rose), âgée de 24 ans, de Ganges, m'est adressée le 10 avril 1886 par le Docteur Tessonnière. Réglée à 12 ans régulièrement et toujours bien portante. Vierge. Depuis l'âge de 18 ans, la menstruation dure huit à dix jours avec caillots, sans leucorrhée. Depuis deux ans, mictions fréquentes; dans les six derniers mois, il a fallu, à plusieurs reprises, évacuer l'urine avec la sonde. Le 3 mars 1886, est enclavée en arrière et au-dessus du pubis, qu'elle déborde par en haut et par en bas. La malade est pâle, très anémiée par les ménorragies, amaigrie, avec un pouls filiforme à 100-120. Le cathétérisme est pratiqué deux fois par jour depuis quinze jours, quand elle arriva à Montpellier, le 10 avril 1886.

La tumeur remplit le vagin. Elle embrasse dans la concavité formée par deux gros lobes la symphyse pubienne. Le lobe supérieur dépasse la symphyse par en haut de huit travers de doigt. La tumeur est presque immobilisée par son enclavement. Urine purulente.

Le 13 avril, *laparotomie*. Le corps de l'utérus occupe la partie postéro-supérieure de la tumeur. Incision transversale du péritoine à 2 centimètres au-dessus du bourrelet formé par la vessie. Inci-

sion de la capsule du fibrome, mince, pâle. Décortication assez facile et avec peu d'hémorragie de la tumeur qui s'implante sur le col par un pédicule épais de 3 centimètres, long de 2 centimètres. Le pédicule est lié avec un gros fil de soie et sectionné. La vessie n'est pas intéressée, la décortication ayant pu être faite sans de grandes difficultés entre la tumeur et la capsule.

#### OBSERVATION XVI.

(TÉDENAT, *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914.)

*Enorme fibrome développé sous la muqueuse de la face antérieure de la lèvre postérieure du col.*

Femme de 40 ans, réglée à 15 ans. Accouchements normaux à 21, 25, 28 ans. Les règles duraient en moyenne quatre à cinq jours, plutôt abondantes. A l'âge de 30 ans, ménorragies avec caillots durant une dizaine de jours; souvent dans l'intervalle des règles pertes aqueuses abondantes. Des injections vaginalés, des cautérisations du col furent pratiquées sur les conseils d'une sage-femme sans résultat utile. Le Docteur Luskiewicz, consulté en juillet 1892, trouve une *grosse tumeur qui remplit le vagin* et se montre déjà à la vulve. On lui demande surtout soulagement aux hémorragies abondantes, aux pertes aqueuses, qui font une petite inondation deux à trois fois par jour et la gênent pour uriner. Quand je vois la malade, la tumeur lisse, dure, remplit le vagin; on sent l'utérus, remonté à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Le 8 octobre, après anesthésie, la tumeur est évidée avec le tube de Doyen, et le doigt arrive alors sur le pédicule, qui a le volume du pouce, long de 2 centimètres. Il s'arrête à 1 centimètre au-dessous de l'orifice interne du col, sur la face postérieure. Il est sectionné d'un coup de ciseaux; son insertion est cautérisée au thermo-cautère. Curetage de la cavité utérine. Guérison rapide. L'utérus avait repris sa situation normale quand la malade quitta le service (3 novembre 1892).

## CONCLUSIONS

---

I. — Les fibromes du col à évolution vaginale constituent une variété bien spéciale des corps fibreux du col utérin.

II. — Leur évolution, en général, lente et insidieuse, s'accompagne le plus souvent d'hémorragies (métroragies ou ménorragies), quelquefois de leucorrhée ou de douleurs.

III. — A l'encontre des fibromes du col à évolution pelvienne, ces tumeurs présentent rarement des phénomènes de compressions graves. Ceux-ci se réduisent le plus souvent à des signes de compressions du côté de la vessie (pollakiurie, rétention d'urine).

IV. — Ces fibromes tiennent leur gravité des complications infectieuses (suppuration, gangrène), auxquelles ils semblent prédisposés du fait de leur situation dans un milieu septique tel que le vagin.

V. — Le traitement médical de ces fibromes doit être considéré comme symptomatique et provisoire. Seul le traitement chirurgical est radical. Il consistera, suivant les cas, en la myomectomie vaginale (énucléation simple ou avec morcellement) ou en l'hystérectomie abdominale avec évidement du col.

VI. — Ces fibromes constituent des tumeurs prævia quand ils sont compliqués de grossesse. La ligne de conduite à suivre est l'expectative jusqu'au moment du travail. Si une intervention est nécessaire, on pratiquera l'énucléation de la tumeur.

Dans les cas graves (hémorragies, infections), on aura recours à l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

*Le Président,*

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 juillet 1931.

*Le Recteur de l'Académie,*

F. DUMAS.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AMUSSAT. — Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de la matrice et la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe, Paris, 1882.
- ANDÉRODIAS. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1919.
- BAR. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAUX. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925, p. 497.
- BEDFORD-FENVICK. — On intra-abdominal tumours as a cause of cardiac degeneration; *British gyn. Journ.*, mai 1887.
- BÉGOUIN. — *Journal de chir.*, 1916.
- BENDER et LARDENNOIS. — De la dégénérescence épithéliomateuse des fibromyomes de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, oct. 1904, n° 8.
- BÉRARD et MURARD. — *Lyon médical*, 1911.
- BERTHAULT. — Fibromyomes fluctuants et hydropériques. *Médecine moderne*, 7 mai 1891.
- BLANC (Noël). — Contribution à l'étude de la dégénérescence calcaire des fibromyomes de l'utérus. Thèse Montpellier, 1900.
- BOUVIER. — Les fibromes intraligamentaires. Thèse Bordeaux, 1901.
- CAILLAUD. — Fibrome utérin de la portion susvaginale du col développé dans la cloison recto-vaginale. *Bull. Soc. anat. de Paris*, déc. 1911.
- CAMARET. — Les fibromyomes du col de l'utérus. Thèse Montpellier, 1914.
- CHABBAZIAN. — Thèse Paris, 1882.
- CLAISSE (André). — Recherches sur le développement des fibromyomes et des adénomyomes de l'utérus. Thèse Paris, 1900.

- CHRISTOFER. — Large fibro-myoma of cervix' cate report. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, Saint-Louis, XI, 1926.
- CRESSON. — Fibrome pédiculé du col de l'utérus inclus dans le ligament large. *Bull. et mém. Soc. des chir. de Paris*, n° 6, séance du 21 mars 1930, p. 264.
- CROUSSE (R.). — Trois cas de fibromes très volumineux du col utérin. *Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, XXVI, 1925.
- DAMBRIN et BERNARDBEIG. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925, p. 564.
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'intervention dans le traitement des fibromes, 1901.
- DOLÉRIS. — *Arch. de tocol.*, 1883.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de chirurgie médico-chirurgicale.
- FIRFAROFF. — Fibromyomes de la portion vaginale de l'utérus. *J. A. Rusch i Zhousk. Bolier*, Leningrad, 1924, XXXV, p. 180.
- FORGUE et MASSABIAU. — *La gynécologie*.
- GAUJOUX et CABONAT. — *Bull. Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1925, p. 599.
- GEORGESEU. — Enorme fibrome de l'utérus. *Spitalul*, Bucarest, 1923, XLV, n° 12.
- GNEMIOT. — *Bull. Soc. de chir.*, 1868.
- GNIESSZ (E.). — Ueber das myone der Portio, *Monatschr. f. geb. und gyn.*, Berlin, 1924, LXVI, p. 6.
- GUYON. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation, Paris, 1860.
- GUYOT et ICHON. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1923.
- HAREL (Ernest). — Des fibromes de la portion susvaginale du col de l'utérus. Thèse Montpellier, 1919.
- HARTMANN et RENAUD (Maurice). — *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1919.
- HAULTAIN. — A clinical and anatomical study of shirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. *Edimburgh med. Journ.*, 1907.
- JARJAVAY. — Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus. Thèse de concours de Paris, 1850.

- JONES. — An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy. *Edinburgh med. Journ.*, mars 1888, vol. XXXIII.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LAPEYRE et ROUVIÈRE. — Soc. des sciences méd. de Montpellier, janv. 1914.
- LEFEBVRE. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, p. 774.
- LEFOUR. — Thèse d'agrégation de Paris, 1880.
- LEGAL-LASSALE. — Des fibromyomes du col de l'utérus. Thèse Paris, 1914.
- LEJARS. — Note sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. *Ann. gyn.*, 1906, p. 377.
- LEWIS-SMEAD. — *Amer. Journ. of obst.*, nov. 1911.
- MATHEZ (Albert). — Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus. (Opération de M. le Docteur Pozzi). Thèse Paris, 1905.
- MAUCLAIRE. — Fibrome utérin rétro-cervical enlevé par énucléation après héli-section totale du corps utérin. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1902.
- MAXWOELL et LEE. — *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, 1928.
- NAUSS. — Thèse Halle, 1882.
- OGANDJANNANTZ (Marie). — Contribution à l'étude des fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. Thèse Montpellier, 1920.
- PALVITIS (J.). — Fibromes kystiques de l'utérus. Thèse Montpellier, 1900.
- PEAN. — Ablation des petites tumeurs fibreuses par le vagin, Paris, 1883.
- PELLANDA (Charles). — La mort par fibromyomes utérins. Thèse Lyon, 1905.
- PELLEGRINI. — Fibrome extra-péritonéal du col avec symptômes urinaires. *La gynécologie*, Milan, 15 avril 1913.
- PERROT (Charles). — Contribution à l'étude des fibromes utérins inclus dans les ligaments larges. Thèse Lyon, 1900.
- PIGNAUD (Gorges). — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. Thèse Paris, 1905.

- POZZI. — Traité de gynécologie.
- QUENU. — Fibromes douloureux de l'utérus. *Gaz. méd.*, 1893.
- RONVILLE (de) et COHEN. — *Bull. des sciences méd. de Montpellier*, févr. 1920.
- SEBILEAU. — Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen. *Rev. de chir.*, 1888.
- SÉJOURNET. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923, p. 6.
- SHAEFFER. — Intrazervikale myome. *Zeitschrift f. Geb. u. gyn.*, Stuttgart, 1925, LXXXIX.
- SOUBEYRAU. — Vingt-quatre hystérectomies abdominales pour fibromyomes de l'utérus. *Province médicale*, 8 janv. 1910.
- STOEHLER. — Fibromes du ligament large. Thèse Paris, 1902.
- SUTTON. — A topographical and clinical study of fibroids of the neck of the uterus. *Lancet*, London, 1904.
- SWYNGHEDAUW. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1927 p. 520.
- TARNIER et BUDIN. — Accouchements.
- TEDENAT. — Sur les fibromyomes du col de l'utérus. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie.
- THIEUX (Léonce). — De l'hystéropexie et de l'amputation du col dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse Montpellier, 1900.
- TRELAT. — Clinique chirurgicale, t. II.
- VANVERS. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. Paris*, 1926, p. 242.
- YEARD (Léopold). — De l'étiologie des fibromyomes.



